

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

No 5

DU DIAGNOSTIC DES

KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 novembre 1908

PAR

Joseph BEAUCHAMP

Né à Le Thor (Vaucluse), le 3 août 1882.

EX-INTERNE DE L'HOPITAL D'AIX-EN-PROVENCE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—
1908



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraire : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE, <i>président</i> .		MM. GAUSSEL, <i>agrégé</i> .
ESTOR, <i>professeur</i> .		RICHE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni imputation

AMA MÈRE

A MON PÈRE

J. BEAUCHAMP.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

J. BEAUCHAMP.

A MES BEAUX-FRÈRES

A MA BELLE-SŒUR

J. BEAUCHAMP.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. BEAUCHAMP.

A MES MEILLEURS AMIS

J. BEAUCHAMP.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté de médecine de Montpellier, il est un devoir très doux auquel on ne peut se soustraire, celui d'adresser à nos maîtres nos plus vifs remerciements pour le dévouement et la bienveillance qu'ils n'ont jamais cessé de nous montrer.

Notre reconnaissance va tout d'abord à nos premiers maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille, où nous suivîmes pendant deux ans les excellentes cliniques de MM. les professeurs Imbert et Delanglade.

Notre année passée à l'hôpital d'Aix-en-Provence nous familiarisa avec le malade.

Quant à l'année que nous passâmes auprès de MM. les professeurs de la Faculté de médecine de Montpellier, elle fut pour nous pleine de fruits.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Forge, qui nous a inspiré notre sujet de thèse et qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Nous remercions M. le professeur Estor, et nous sommes heureux de voir parmi nos juges MM. les professeurs agrégés Riche et Gaussel.

Nous devons enfin une dette de reconnaissance à nos parents, qui firent pour nous de grands sacrifices, et nous les assurons de notre entière affection.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DIAGNOSTIC DES

KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

INTRODUCTION

En juin dernier, nous avons observé dans le service de M. le professeur Forgue le cas suivant :

PREMIÈRE OBSERVATION

Kyste hydatique de la fesse.

J. L..., 38 ans, entre à l'hôpital le 27 juin 1908 dans le service de M. le professeur Forgue. Son admission est motivée par la présence d'une tumeur de la région fessière gauche.

<i>Antécédents héréditaires.</i>	} Rien à signaler.
<i>personnels.</i>	

A possédé un chien pendant quelques années.

Examen le 28 juin. — Le malade présente au niveau de la partie supérieure et externe de la fesse gauche une tumeur du volume apparent d'une petite tête fœtale. Elle s'est accrue progressivement depuis que le sujet s'en aperçut, 4 mois auparavant environ. Elle avait alors le volume d'une mandarine.

A l'inspection, on constate une déformation évidente de la région. La tumeur, très appréciable à la vue, présente une saillie assez régulièrement arrondie, s'étendant en dedans et en dehors de la crête iliaque et à quelques centimètres en dehors du sillon interfessier, suivant un diamètre de 10 centimètres environ. A son niveau, la coloration des téguments est absolument normale. A peine quelques veines sous-cutanées dessinent un léger réseau bleuté.

A la palpation, la tumeur se laisse très facilement délimiter. La peau est mobile sur elle, tandis qu'elle paraît elle-même adhérente aux plans profonds. Elle est franchement mobile dans le sens vertical, presque fixée dans le sens transversal. Pas de fluctuation. La tumeur est très nettement rénitente et ne donne pas la sensation de dureté d'une masse solide. Elle ne présente ni battements, ni expansion.

A la percussion, elle est régulièrement mate.

Son auscultation est négative.

L'examen de l'articulation coxo-fémorale montre que celle-ci est absolument saine.

A noter d'ailleurs que cette tumeur se traduit par une gêne fonctionnelle insignifiante, et que seul son développement lent mais progressif a conduit le malade à l'hôpital.

Diagnostic. — Etant donnés l'évolution, l'examen, les symptômes cliniques, M. le professeur Forgue porte le diagnostic de kyste hydatique musculaire.

Opération. — Incision suivant un diamètre oblique. Après section des plans superficiels, on arrive sur la masse musculaire dont les fibres écartées, dissociées, laissent apercevoir la surface extérieure blanchâtre caractéristique du kyste. On isole celui-ci des parties voisines en le sculptant à coups de ciseaux dans la masse et on l'enlève. Lavage avec une solution de formol à 1/100° ; après hémostase et suture, on applique un pansement compressif.

La tumeur ouverte laisse échapper vésicules et liquide clair eau de roche. Il s'agit bien réellement d'un kyste hydatique.

Suites opératoires. — Normales. Pas d'élévation de la température. Puls à 120 pendant la première journée, aux environs de 80 les jours suivants.

Malgré la défense faite au malade, celui-ci se lève dès le troisième jour et ne cesse de marcher et de se fatiguer, sans avoir égard à son pansement et aux recommandations qui lui ont été faites.

Au dixième jour, premier pansement. La cicatrisation est absolument parfaite. Mais il semble que la tumeur n'ait pas été enlevée : on constate, en effet, une tuméfaction volumineuse, mais au niveau de laquelle la peau est marbrée de taches jaunes et verdâtres. Il s'agit évidemment d'un hématome qui s'est produit secondairement dans la cavité laissée libre par l'ablation du kyste.

On enlève les crins. Avec la spatule d'une sonde cannelée, on rompt la ligne de suture sur une longueur de 3 à 4 centimètres. Il s'écoule une quantité abondante de sang épais, poisseux, coagulé, mélangé de caillots.

Dans le fond on aperçoit une masse assez considérable de caillots noirâtres ayant l'aspect classique du raisiné.

On l'enlève prudemment à l'aide de la curette et on fait un nouveau pansement sec compressif ; trois jours après, nouveau pansement. La cicatrisation s'effectue. Le malade quitte l'hôpital le 16 juillet 1908.

A cause de la rareté de ces kystes, de la difficulté qu'il y a parfois à les diagnostiquer, de la confusion possible avec d'autres tumeurs, de l'hésitation avec les abcès froids (cas d'Abadie), nous avons pensé qu'il était bon de réviser une étude « sur le diagnostic des kystes hydatiques musculaires ».

Les kystes hydatiques des muscles ne sont pas très fréquents quoique connus depuis très longtemps. La première observation remonte à Godefroy Bidloo en 1699. Au début, ils furent souvent méconnus et même de nos jours le diagnostic est souvent hésitant.

Beaucoup d'écrits ont été publiés sur les kystes hydatiques des muscles, « une des productions les plus curieuses de l'organisme » disait Gosselin. Une des dernières thèses parues est celle de Carmot (thèse de Montpellier 1904), qui résume dans une revue générale la question des kystes hydatiques des muscles.

Notre intention est donc d'attirer l'attention sur le diagnostic. Nous laisserons donc volontairement de côté la Pathogénie, l'Anatomie pathologique, chapitres sur lesquels personne n'a plus rien à ajouter depuis la remarquable thèse de Marguet, parue en 1888, « sur les kystes hydatiques des muscles volontaires. Histoire naturelle et clinique » réunissant 130 observations.

DEFINITION

Par diagnostic de kyste hydatique des muscles nous avons surtout en vue les kystes développés à la périphérie des muscles. Ceux qui sont intra-musculaires sont en général si petits qu'ils passent inaperçus, mais lorsqu'ils grossissent et deviennent visibles ou lorsqu'ils sont d'emblée périmusculaires, ils sont à ce moment-là montrés au chirurgien. Celui-ci a souvent besoin de beaucoup d'habileté et d'une grande attention pour ne pas se laisser induire en erreur ; l'erreur n'entraînant pas par elle-même une faute lourde dans la conduite à tenir, mais un manque de satisfaction qu'il aurait pu avoir.

Dans notre premier chapitre, nous verrons comment se présentent ces kystes, comment ils évoluent.

Dans le chapitre second, l'Étiologie, l'examen clinique de notre sujet : symptômes objectifs, ce que nous devons retenir de la fluctuation, du frémissement, de la consistance de ces tumeurs.

Quelle est la valeur de la ponction exploratrice ?

Les méthodes nouvelles du diagnostic : l'éosinophilie locale, le séro-diagnostic du kyste hydatique par la méthode des précipitines.

Dans le troisième, nous ferons le diagnostic différentiel.

CHAPITRE PREMIER

ÉVOLUTION DES KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES

Ces kystes apparaissent comme une tumeur petite, indolente, généralement dure, qui au début a le volume d'une noisette ou d'une noix. Elle peut demeurer très longtemps à cet état et même passer inaperçue dans le courant de la vie. Le docteur Nicaïse cite le cas d'un kyste hydatique musculaire situé à la partie postérieure de la cuisse droite qu'il découvrit à la salle d'autopsie.

On a remarqué même qu'arrivés à un certain moment de leur existence, à la période de dureté, alors que leur volume est minime, ces kystes subissaient pour la plupart un temps d'arrêt considérable, restaient dans le *statu quo* quelquefois des années entières. Puis, sous une influence quelconque, à la suite d'une fatigue, d'une violence extérieure, ils reprenaient tout à coup une marche plus rapide et progressivement envahissante.

Ces kystes sont indolores, sauf lorsqu'ils atteignent un volume trop exagéré ; ils déterminent de la gêne, une sensation de pesanteur plutôt qu'une véritable douleur. Cependant, cette tumeur n'est pas indolente lorsqu'elle siège dans une région riche en filets sensitifs ou dans le voisinage et sur le trajet d'un nerf. Il est évident que des rameaux vasculaires et nerveux peuvent être comprimés et qu'il en résulte de très vives douleurs.

Quelquefois, lorsqu'un kyste hydatique est logé entre un muscle large et un os plat sur lequel ce muscle s'insère puissamment, on peut observer l'usure et la perforation totale de l'os. Il se passe quelque chose de comparable à ce qui se produit dans les anévrismes dans le cas où ils se développent au voisinage de l'os. Par contact prolongé du kyste il peut se produire une inflammation du voisinage qui détermine l'hyperostose, puis la nécrose de l'os ; comme dans le cas de Sadler (thèse de Marguet), où la symphyse sacro-iliaque était complètement nécrosée et avec elle le corps et les lames de la cinquième vertèbre lombaire.

Le volume de ces kystes est quelque chose de très variable. Il est égal, tantôt à celui d'un petit pois, tantôt à celui d'une tête de fœtus.

La forme est également variable. Elle est tantôt globuleuse, généralement ovoïde, oblongue ou arrondie, quelquefois bilobée, parfois présentant à sa surface de petites bosselures. Elle suit le muscle dans ses mouvements. Au repos, elle est mobile sur le muscle ; elle s'immobilise par la contraction.

La peau qui recouvre cette tumeur ne présente pas d'altération, sauf quelquefois un léger réseau bleuté. Pendant très longtemps elle peut rester ainsi, puis, dans certains cas, rougir, s'enflammer et s'ulcérer. C'est même là un des modes de terminaison naturelle. Le kyste, alors, s'ouvre et laisse échapper le liquide qu'il contient, en même temps que des hydatides. Lorsque les poches hydatiques se rompent, le kyste peut s'enflammer et se guérir. La tumeur se flétrit, les hydatides meurent, la poche s'aplatit, le liquide se résorbe et les bords se réunissent par un enduit jaunâtre, qui ressemble à du mastic de vitrier

(Charcot et Davaine). En 1805, à la Société anatomique, on a cité le cas d'un kyste hydatique ossifié partiellement.

Ces kystes présentent souvent un degré de dureté, ou alors une rénitence particulière, ou une certaine élasticité. La dureté peut certes manquer et même être remplacée par de la fluctuation. Dans certains cas, on note un léger frémissement.

La région musculaire où ces kystes se rencontrent le plus fréquemment, est toujours une grande région : muscles de la masse commune, de la région fessière, des grands adducteurs, des muscles qui travaillent beaucoup et qui sont largement irrigués.

En résumé, la symptomatologie des kystes hydatiques musculaires est très simple : kyste siégeant presque toujours au niveau d'un grand muscle, tumeur d'un volume variable, le plus souvent indolore, état stationnaire pendant longtemps, puis accroissement, subitement plus rapide.

Mais tout autre est le diagnostic, car cette symptomatologie ressemble parfois tellement à celle d'autres tumeurs, que de nombreuses erreurs ont été commises.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Avant d'étudier le diagnostic, il est quelques renseignements qui nous seront d'un précieux secours et qui nous sont donnés par l'étiologie.

Nous nous renseignerons tout d'abord sur le pays qu'habite la personne atteinte d'une tumeur musculaire. Chacun sait, en effet, que dans les pays d'Islande, d'Australie, les kystes hydatiques sont très fréquents, à cause de la vie commune que mènent les habitants avec les chiens. Se renseigner toujours si la personne en question ne possède pas de chiens, si elle a l'habitude de se faire lécher les mains ou le visage, ainsi que beaucoup de gens ont la déplorable coutume de le faire. Certaines personnes consomment des légumes crus provenant, par exemple, de champs livrés à l'irrigation agricole où l'on épure des eaux d'égouts. Les matières fécales apportent avec elles des œufs de ténias qui se déposent aux pieds des légumes. Ce sont autant de renseignements qui peuvent mettre sur la voie et qui ont une grande importance pour la prophylaxie de ces tumeurs.

L'âge entre en cause, et ce serait surtout entre 20 et 30 ans que ces tumeurs se rencontreraient le plus fréquemment.

Le sexe n'est pas indifférent. D'après une statistique de Marguet, nous trouvons pour 4 femmes, 3 hommes.

La profession paraîtrait jouer un certain rôle. Les domestiques, les couturières, d'après les observations de Marguet sont en plus grand nombre.

L'hérédité n'a aucune importance et n'en avait qu'aux temps lointains où les médecins islandais ignoraient comment le *tœnia echinococcus* passait du chien à l'homme. Mais à l'heure actuelle, on connaît parfaitement ce cycle et Von Siebols en 1853 eut, le premier, le mérite de montrer que ces tumeurs représentent l'état larvaire d'un *tœnia* de petite taille, appelé *tœnia échinocoque*.

Les conditions d'existence méritent d'attirer l'attention. Dans les pays d'Angleterre, les pauvres seraient plus souvent frappés que les riches, par le fait, dit Budd, que les pauvres habitants habitent souvent des maisons basses et humides, se nourrissant en grande proportion de végétaux. Le régime, les légumes mal cuits, entrent donc dans une grande part dans la production de ces vers vésiculaires.

Le traumatisme, d'après certain auteurs, Boncour en 1878, ne serait pas étranger à l'apparition de ces tumeurs. Le *tœnia* arrivant dans le tube digestif de l'homme finirait par se localiser dans un certain groupe de muscles, en vertu de l'application de la loi générale, le lieu *minoris resistentiæ*. En 1843, Klencke de Brunswick faisait des expériences dans ce sens-là. Il injectait dans la veine crurale de cinq animaux du liquide contenant des ovules d'échinocoque et leur faisait ensuite subir divers traumatismes. Il obtint deux résultats positifs et vit se développer au point contusionné, un kyste hydatique. L'hydatide

entraînée par le sang chemine plus naturellement dans les gros vaisseaux et s'arrête dans les grands muscles où l'irrigation est la plus large. Il est, en effet, curieux de voir cet embryon hexacanthé traverser la muqueuse, pénétrer dans la veine porte, puis passer dans le système capillaire du foie et celui du poumon, enfin cheminer dans la grande circulation, pour venir se loger dans un muscle. Il est plus naturel de penser qu'il s'arrêtera en route. C'est ce que nous montre une statistique de Thomas, faite en Australie, où les kystes hydatiques musculaires représentent l'infime minorité.

Kystes hydatiques du foie. . . .	59,65 p. 100
— du poumon : . .	16,41 —
— musculaires . . .	1,90 —

DIAGNOSTIC

Muni de tous ces renseignements, nous arriverons d'une façon plus certaine à un bon résultat. Le diagnostic, dit Marguet, est dans la grande majorité des cas entouré de la plus grande obscurité, et l'on peut compter autant d'erreurs d'interprétation qu'il y a eu de cas observés. Pour lui, le diagnostic n'aurait été porté qu'une fois sur quatre. Il pouvait en être ainsi dès les premières observations publiées, mais aujourd'hui que les faits se sont multipliés, on a plus facilement présente à l'esprit l'hypothèse de kyste hydatique. Nous verrons dans notre diagnostic différentiel qu'il est facile d'éliminer les hématomes, les kystes hématiques anciens franchement musculaires, fluctuants, les pseudo-hernies musculaires qui se déplacent en se contractant, les gommes syphilitiques, les sarcomes. Avec les abcès froids, le diagnostic est beaucoup plus délicat et même de nos jours l'hésitation est parfois permise. Nous trouvons dans l'observation de Vernet le récit suivant :

OBSERVATION II

Marseille Médical, 1901.

Le nommé Giovanni B..., Italien, âgé de 27 ans, entre le 8 août 1900 à l'Hôtel-Dieu. Il est porteur d'une tuméfaction au niveau du tiers supérieur de la cuisse gauche, par-

tie antéro-interne. Elle progresse lentement sans occasionner la moindre gêne. Elle est située en dedans de la ligne des vaisseaux fémoraux. C'est une tumeur de forme ovoïde, allongée dans le sens vertical. A la palpation, signes nets de fluctuation. La pression n'est nullement douloureuse. On ne constate pas de battements. Le siège de cette tumeur, sa fluctuation et l'état d'intégrité de la peau font penser à la *possibilité d'un abcès par congestion*. L'examen de la colonne vertébrale, soit des os du bassin, ne décèle aucune lésion osseuse capable d'être mise en cause. Croyant être en présence de quelques collection purulente, le 23 août, on se décide à une intervention chirurgicale.

A l'incision, au lieu d'un écoulement de pus, on voit l'issue d'une multitude d'hydatides de toutes dimensions, dont le volume varie entre celui d'un petit œuf et celui d'un grain de millet. On en recueille 250. A cause du développement considérable qu'avait prise la tumeur, il était difficile de dire dans lequel des trois adducteurs elle a été primitivement localisée ; même difficulté pour préciser ses rapports avec le muscle. Était-elle péri ou intramusculaire ? On pouvait penser que la tumeur était d'emblée périmusculaire ou bien que, primitivement intramusculaire, elle se serait fait jour en écartant les fibres jusqu'à l'aponévrose.

Mais, chose curieuse, à quelque temps de là on reçoit une femme qui présentait également, à la cuisse droite, une tumeur en tous points semblables à celle déterminée par le kyste hydatique : situation, dimensions, aspect, consistance, tout était identique. Retenus par la crainte de commettre une nouvelle erreur, on hésita à se prononcer, mais l'examen du malade révéla un mauvais état général, un certain degré de scoliose. Il n'y avait pas de

doute, on était en présence d'un abcès par congestion consécutif à une lésion de la colonne vertébrale. L'incision ultérieure le prouva bien.

Dans l'observation de Tédénat (1), la tumeur siégeait à la partie moyenne de la 12^e côte ; avait-on affaire à un abcès froid lié à une inflammation des vertèbres ou de la côte ? Aucun des symptômes même atténué du mal de Pott ne fut constaté. La 12^e côte paraissait saine, ce qui écarta l'idée d'un abcès froid.

Examen clinique. — Et si des erreurs furent commises comme dans le cas de Cailleux (observations de Marguet), où un kyste hydatique du psoas iliaque saillant au niveau du ligament de Poupart fut pris pour un abcès migrateur, c'est que l'examen clinique ne fut probablement pas poursuivi d'une façon parfaite. En 1857, à la Société de chirurgie, Larrez raconta l'histoire d'un soldat qui présentait une tumeur de la hanche droite, siégeant au niveau du grand trochanter. Il s'agissait d'un kyste qu'on avait pris pour un abcès ossifluent.

John Baron, en 1825, dans son traité des maladies tuberculeuses, parle de kystes hydatiques qui peuvent être confondus avec des abcès froids. Velpeau, en 1855, porte le diagnostic d'abcès symptomatique d'une altération des côtes pour un kyste hydatique. La ponction exploratrice dans ce cas n'avait rien donné. Le docteur Tapie (2), de l'Ecole de médecine de Toulouse, rapporte le cas de ce

(1) Tédénat, *Montpellier Médical*, 1892, 1, 6, 12. Kyste hydatique des muscles de la masse commune.

(2) Kyste hydatique de la région lombaire gauche. Thèse de Marguet, 1887-1888.

pêcheur de Palavas, qui entra à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, dans le service de M. le professeur Dubreuil. Il était porteur d'une tumeur de la région lombaire gauche. Dubreuil porta le diagnostic d'abcès par congestion. L'opération fit tomber sur une poche contenant non du pus, mais de superbes hydatides.

On pourrait allonger sans peine la liste des erreurs commises. Mais si nos maîtres dans l'art du diagnostic ont pu avoir des hésitations, c'est qu'il est souvent plein de difficultés. Toutefois, en conduisant celui-ci avec modération et sagesse, on peut séparer l'abcès froid du kyste hydatique. Hésitant entre ces deux tumeurs voisines, par exemple, de la colonne vertébrale, nous rechercherions soigneusement les douleurs provoquées au niveau de chaque vertèbre, par une pression méthodique. Une légère percussion éveille parfois une douleur profonde dans le cas du mal de Pott. Nous étudierons la souplesse du rachis, le malade debout devant nous et exécutant les divers mouvements de flexion en avant, d'extension, d'inclinaison latérale.

Les lésions tuberculeuses de la colonne vertébrale évoluent, en effet, lentement, et souvent un gros abcès froid est parfois le symptôme révélateur du mal vertébral. Cet abcès ou abcès par congestion suivant les anciens, n'est qu'un véritable prolongement de la lésion. C'est une tumeur indolore, d'une évolution lente et progressive. Mais n'est-ce pas également la symptomatologie du kyste hydatique. C'est ce qui explique les erreurs d'autrefois. Mais si nous nous en tenons à un bon examen de la colonne vertébrale, aux antécédents personnels et héréditaires de notre sujet, nous serons mis en garde.

Il est toutefois des cas où la similitude entre ces deux

affections acquiert un degré de plus. Boinet (1) montre à la Société de chirurgie un kyste hydatique qui s'était développé dans le muscle sacro-lombaire, au niveau des dernières vertèbres dorsales. La tumeur avait été prise pour un abcès par congestion et une première ponction avait donné du pus. Cependant, quelques jours après, une incision fit sortir des hydatides. Dans un cas de Ryeruff cité par Jonas Jonassen, un kyste de la région iléo-sacrée donna lieu par voisinage à la nécrose de l'os iliaque, mais ceci est l'exception.

Signes objectifs. — La fluctuation est-elle un aide très important ? Elle permet avant tout d'éliminer toutes les tumeurs solides. Elle est parfois d'un précieux secours, comme dans le cas cité par Cruveilhier (Paris 1873), où la fluctuation permit de diagnostiquer un kyste hydatique du biceps. La netteté de la fluctuation, l'absence de la douleur, ainsi que le développement lent firent penser à un kyste hydatique. Nous nous souviendrons toujours du précepte de Denonvilliers : « Toutes les fois qu'il existe une tumeur liquide non inflammatoire au milieu des fibres musculaires, songez aux kystes hydatiques. » Cependant, la fluctuation ne peut à elle seule donner la certitude du diagnostic.

En est-il de même du frémissement hydatique ? C'est un signe pathognomonique des tumeurs hydatiques, disent les auteurs. Mais est-il souvent constaté ? Peut-être, pour les kystes hydatiques du foie, est-il un précieux auxiliaire, mais pour les kystes hydatiques musculaires, où le frémissement a été constaté, ce sont les cas où les kystes reposent sur une base, un peu dure ou tendue. Mais ce signe caractéristique manque dans les petits kystes situés en-

(1) Bulletin de la Société de Chirurgie, 1860, 2^e s., t. I, p. 58.

tre les interstices muculaires. On cite, comme curiosité, le malade de Neisser qui percevait ce frémissement en marchant. En somme, il est très rare, et l'on ne peut compter sur lui.

Tirerons-nous quelque chose de la transparence du kyste ? Elle doit être recherchée, mais sans en attendre grand' chose. L'élasticité appartient à l'immense majorité des kystes. Ce serait un aide puissant dans le cas où il y aurait hésitation entre un kyste et un lipome. La consistance molle et pâteuse de ce dernier lèverait tous les doutes.

La mobilité de la tumeur fait partie du cadre des tumeurs musculaires. Rechercher la fixité et quelquefois la disparition du kyste pendant la contraction grâce au durcissement du muscle.

La circonscription, la forme de la tumeur est également à rechercher. Les kystes sont toujours nettement limités. Leur forme est souvent arrondie, globuleuse. La surface est lisse. Ils sont bien tendus, rebondis, quand ils sont lobés. Les lobes sont moins nombreux que ceux des lipomes. Les téguments sont normaux à moins d'inflammation ou d'infection surajoutée. Si chacun de ces signes pris en particulier n'apporte pas pour le diagnostic une certitude absolue, un certain nombre de ces derniers réunis sera en grande faveur pour un kyste hydatique musculaire.

La ponction exploratrice viendra-t-elle seule nous renseigner ? Pour Brassart (diagnostic des kystes hydatiques externes), elle lève toutes les hésitations. C'est certainement une ressource que le chirurgien ne doit pas négliger. Elle permet de constater dans le liquide séreux ou purulent des crochets ou des débris de vésicules. Mais il ne faut pas oublier que même bien faite la ponction peut rester négative (observation de Velpeau, 1855), soit que

le trocart ait embroché une paroi d'hydatide ou qu'une membrane flétrie coiffe et obstrue l'extrémité de la canule ; même en la renouvelant plusieurs fois, on peut n'aboutir à aucun résultat.

Lorsqu'elle réussit, le liquide qui s'écoule est caractéristique. C'est un liquide limpide, transparent, incolore ou légèrement opalin, habituellement eau de roche clair. Il présente parfois un reflet argentin. Sa réaction est le plus souvent neutre ou légèrement alcaline. Il ne se coagule ni par la chaleur ni par les acides.

Toutefois la ponction exploratrice n'est pas exempte de dangers, car mal conduite elle peut être la cause d'une inflammation de la poche et donner naissance à de sérieux accidents. Le professeur Richet rapporte le cas d'une malade qui avait été soumise à une ponction exploratrice d'une tumeur fibroplastique de la cuisse. Ce fut la source d'une série interminable de complications inflammatoires. Nous ne voulons pas dire cependant que de parti-pris on doive abandonner la ponction exploratrice ; entre des mains expérimentées, elle donnera de bons renseignements, mais nous ne pensons pas qu'à elle seule elle permette à coup sûr de faire le diagnostic.

Urticaire. — Quelquefois chez des individus porteurs d'une tumeur du foie l'apparition de l'urticaire est le symptôme révélateur d'un kyste hydatique ; mais c'est beaucoup plus rare pour un kyste hydatique musculaire. L'urticaire, en effet, est dû à la toxicité du liquide hydatique. Or, c'est un signe très inconstant, car les diverses expériences sur la toxicité du liquide hydatique ont donné des résultats très contradictoires. Si la plupart (Vidal, Kirmisson, Achard), n'ont déterminé aucun trouble chez l'animal par inoculation du liquide hydatique, Roy et

Humphry ont pu déterminer des symptômes réels d'intoxication. Chez l'homme, M. Debove a pu, dans quelques cas, par l'inoculation sous-cutanée de sérosités hydatiques filtrées, déterminer de l'urticaire.

De plus, la substance qui semble provoquer des intoxications chez l'animal ou chez l'homme, n'existe que dans divers liquides hydatiques. En effet, tandis que la plupart ne donnent aucun précipité par la chaleur, certains semblent contenir des albuminoïdes toxiques et c'est ainsi que MM. Mourson, Schlagdenhauffen et Viron ont pu tirer des albuminoïdes toxiques des kystes hydatiques du mouton. MM. Boinet et Chazoulière une ptomaïne d'un kyste hydatique. D'ailleurs, autour d'un kyste musculaire il se produit un élément de défense qui empêche la diffusion des poisons. Cet élément est représenté par les cellules éosinophiles.

On savait depuis longtemps que le syndrome urticaire s'accompagne presque constamment d'une éosinophilie sanguine notable. En 1903, Sabrazès (de Bordeaux) indiqua que l'éosinophilie symptomatique des kystes hydatiques s'observe non seulement dans le sang, mais encore localement dans l'atmosphère conjonctive qui circonscrit la membrane parasitaire.

Eosinophilie locale comme moyen de diagnostic. — Sabrazès avait observé un kyste musculaire ancien en voie de régression, rempli de vésicules filles et contenant un liquide louche, grumeleux. Dans ce cas, « l'intensité de l'éosinophilie locale l'emportait de beaucoup sur l'éosinophilie révélée par l'examen du sang ». M. Devé a étudié à ce sujet 17 cas d'échinococcose hydatique humaine; quatre cas du foie, deux de kyste du foie et du péritoine; un cas de kyste du foie et du rein, un cas de kyste du foie et

du cœur, quatre cas de kyste du péritoine, un cas du péritoine, un du cerveau, un du rein, deux des os, un cas de kyste hydatique musculaire.

L'éosinophilie locale existait extrêmement accusée dans six de ces cas. Elle était modérée dans trois, rare dans les trois autres, absente dans les derniers. La réaction éosinophile était surtout intense dans les kystes à contenu complexe, multi-vésiculaire. M. Devé cite le cas d'un kyste hydatique musculaire récidivé, recueilli en 1901 dans le service de M. Schwartz, à l'hôpital Cochin. Kyste en évolution avec hydatides affaissées, en contact avec le sac fibreux, où l'on constata une éosinophilie particulièrement abondante non seulement dans l'atmosphère fibreuse du parasite, mais (comme dans le cas de Sabrazès), dans la sérosité trouble qui baignait la poche.

Dans toutes les observations de Devé, où il comparé la formule leucocytaire des kystes hydatiques, on observe un certain parallélisme entre les deux formules locale et générale. Toutefois, l'éosinophilie s'est toujours révélée incomparablement plus abondante dans le voisinage du parasite que dans le sang. Il a constaté cette réaction avec une grande fréquence dans l'atmosphère conjonctive des kystes expérimentaux déterminés chez le lapin par inoculation. L'éosinophilie locale était véritablement manifeste.

D'ailleurs, d'après la conception de Dominici, en 1905, il est plus naturel de rencontrer des cellules éosinophiles près de la tumeur que dans la circulation générale. Les cellules éosinophiles se forment dans le tissu périkystique, sous l'influence des poisons qui diffusent à travers la membrane et peuvent essaimer secondairement dans le sang. Ils ont vraisemblablement un rôle antitoxique et s'opposent à la diffusion du poison. Cependant, à la lon-

gue, l'organisme tout entier est imprégné, sensibilisé en état d'anaphylaxie. Cette notion est la seule pour le moment capable d'expliquer les accidents subits (cas d'Abadie, où une syncope suivit la ponction), parfois mortels, qui se montrent à la suite de l'irruption dans une zone non protégée par l'éosinophilie locale, de quelques gouttes seulement de liquide, pourtant bien peu toxique pour les animaux.

D'après A. Chauffard et L. Boidin, la genèse locale des éosinophiles permet, de plus, d'expliquer un point fort curieux de l'évolution de l'éosinophilie sanguine, après l'intervention. Dans un cas opéré par M. Faure, ces auteurs ont vu l'éosinophilie dans 38 pour 100 avant l'intervention, tomber à 1 pour 100 cinq heures après elle, et se maintenir à ce chiffre dans la suite. Cette disparition subite et définitive serait la règle dans les kystes incomplètement évacués. La disparition lente indiquerait que l'évacuation est insuffisante, la persistance de l'éosinophilie ferait penser à l'existence d'un kyste passé inaperçu ou à la récurrence.

Par conséquent, l'examen du sang doit être fait avant l'opération et ne doit pas seulement venir en aide au diagnostic de la maladie à reconnaître, mais encore au pronostic de celle-ci. L'examen doit porter également autour de la tumeur, car la présence d'une éosinophilie locale serait en grande faveur pour un kyste hydatique, même si l'examen du sang ne donnait rien.

On prélèvera donc une goutte de liquide autour de la tumeur en question et, grâce à l'hématimètre, on comptera les globules blancs et on différenciera les divers leucocytes, en établissant leur rapport numérique réciproque, en fixant leur nombre respectif, absolu, par millimètres cubes et le comparant au pourcentage normal. Les

leucocytes polynucléaires à granulations éosinophiles possèdent un noyau irrégulier à protoplasma contenant de grosses granulations sphériques, qui prennent les couleurs acides, surtout l'éosine. Ils sont dans la proportion de 1 à 3 pour 100. Leur grand développement ferait immédiatement songer à un kyste hydatique. On ne négligerait pas également de faire l'examen du sang avant l'opération et après, ce qui, ainsi que nous venons de le dire, nous donnerait le diagnostic et la conduite à tenir.

Séro-diagnostic. — Outre l'éosinophilie locale et générale, il est une très intéressante communication, faite à la Société de Biologie, en 1907, par MM. Fleig et Lisbonne, qui pourrait être essayée dans le diagnostic d'une tumeur musculaire.

Dans l'idée que les produits de sécrétion d'origine parasitaire devaient susciter de la part de l'organisme, tout comme les produits d'origine microbienne, diverses réactions de défense, Fleig et Lisbonne se demandent si dans les cas de maladie parasitaire à évolution kystique, il n'y aurait pas formation dans les tumeurs de précipitations spécifiques. Dans un but de diagnostic, ils ont recherché si le sérum des individus porteurs de kystes hydatiques était doué de propriétés précipitantes vis-à-vis du liquide de ces kystes, et examiné corrélativement si la même réaction précipitante ne pourrait pas être provoquée chez les animaux soumis à des injections de produits hydatiques.

D'après leurs expériences, ils ont conclu à l'existence certaine d'une précipitine spécifique, d'une part, dans le sérum d'un individu atteint d'un kyste hydatique et, d'autre part, dans celui des animaux préparés par des injections de produits hydatiques.

Voici un résumé de leur technique : huit à douze gout-

tes de sérum pour deux centimètres cubes de liquide hydatique. On obtient une précipitation au bout de 1 h. 5. Si on diminue la quantité de sérum, la précipitation est de plus en plus retardée dans son apparition. Cependant, deux gouttes de sérum, pour la même quantité de liquide, sont encore suffisantes pour la provoquer au bout de 4 heures. L'optimum de la température est de 40-42 degrés. La précipitation ne se produisant plus qu'au bout de six heures au-dessous de 35 degrés, une température de 43-45 degrés n'augmente pas l'intensité de la réaction.

Ils ont constaté après l'extirpation du kyste une très rapide perte du pouvoir précipitant du sérum. Deux jours après l'opération, la réaction ne se produit plus que très tardivement ; au bout de quinze jours, elle n'apparaît plus.

Ce serait donc une nouvelle méthode de diagnostic et, en tout cas, digne d'être signalée. Dans leurs expériences, ils ne signalent pas de cas de kyste hydatique musculaire.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Notre intention n'est pas de passer en revue longuement toutes les affections qui peuvent présenter des points de ressemblance, plus ou moins éloignés avec les kystes hydatiques musculaires.

La liste en serait trop longue ; mais après avoir énuméré les principales tumeurs, afin de les écarter rapidement, notre attention se portera sur les lipomes, les sarcomes et les abcès froids, qui, par leur aspect, leur évolution, pourraient égarer un esprit non attentif.

La hernie musculaire sera facilement dépistée. En effet, on observe une tumeur molle, dépressible, *réductible* au repos, qui change de consistance et de volume suivant les diverses attitudes du muscle, et c'est là qu'il faut chercher les principaux éléments de diagnostic de la hernie.

Il faut, de plus, songer aux pseudo-tumeurs résultant des ruptures musculaires. Celles-ci se produisent brusquement à la suite d'un effort, et donnent lieu à une pseudo-tumeur. Celle-ci disparaît au moment du relâchement musculaire. La saillie musculaire est, en général, ovalaire, de contours arrondis, un peu fuyante. On ne trouve pas de pédicule. Chez un malade de Mouton, la tumeur disparaissait sous le doigt, à travers une ouverture dont les

bords tranchants perpendiculaires à l'axe du membre semblaient des cordes tendues. Il faut toujours rechercher avec soin cet anneau et ces fibres, mais se souvenir qu'ils peuvent manquer.

Les ostéomes musculaires. — Nous égareront-ils ? Non, certes, car les symptômes un peu semblables avec ceux de la rupture musculaire, *douleur*, *ecchymose*, gêne fonctionnelle, *hématome*, sont bien différents de ceux d'un kyste hydatique. L'ostéome est en général en pleine masse musculaire, tantôt adhérente à l'os, tantôt indépendante. Il se rencontre chez des jeunes cavaliers, surtout dans les muscles adducteurs de la cuisse ; chez les fantassins, dans le deltoïde après de légers traumatismes répétés.

L'hématome suppose toujours un traumatisme. Avec le temps, il durcit et pourrait faire croire à un kyste, mais à l'origine la fonction bien faite fera le diagnostic.

L'abcès musculaire a des allures très différentes qu'il est presque inutile de mentionner. Il est la terminaison ordinaire de la myosite infectieuse, consécutive aux fièvres graves, la fièvre typhoïde, par exemple. Les commémoratifs nous mettront sur la voie.

La gomme musculaire possède une induration ligneuse particulière. Les antécédents ont ici une grande importance. Un antécédent syphilitique, dit Desprès, chez un homme atteint d'une tumeur développée assez lentement, située dans un muscle et mobile avec lui, doivent faire diagnostiquer une tumeur syphilitique des muscles. Si le traitement par le mercure ou l'iodure de potassium a une action sur la tumeur, s'il la fait diminuer, il y a certitude absolue. Contrairement à cela, les kystes hydatiques musculaires ne rétrogradent jamais. Comme ces derniers, en effet, les tumeurs gommeuses ont un début obscur, une

forme globuleuse, une évolution parfois assez lente, mais leur accroissement s'accompagne souvent de douleur et d'empâtement de la région, mais on n'en a pas encore vu, dit Desprès, dont le volume fut supérieur à celui d'une grosse orange. Dans le doute, la pierre de touche serait le traitement mercuriel.

Les kystes congénitaux siègent de préférence au cou, à la face, ou sur le pourtour de l'orbite, ce qui permet de les écarter.

Les néoplasmes des muscles sont très rares, sauf les néoplasmes malins secondaires, tels que le sarcome et le carcinome, susceptibles d'envahir le tissu musculaire par propagation, au même titre que les autres tissus avec lesquels ils se trouvent en contact. Seuls, les angiomes, les lipomes, les sarcomes, sont des néoplasmes dont l'existence dans les muscles a été bien établie. On a signalé des myxomes purs (Koning, Langenbeck et Virchow) (1), d'autres associés au sarcome. Parmi les enchondromes qui ont été observés, il en est qui doivent être certainement regardés avec Volkmann comme une des phases de la myosite ossifiante ; d'autres faits (Secourgeon, 1859, Maher 1863), sont bien anciens et manquent d'une étude histologique précise.

Les fibromes ont également une étude très incomplète. Duplay et Reclus citent le cas « où l'on observe une tumeur grosse comme une noix, dure, tendue, faisant corps avec la paroi de l'abdomen, présentant tous les caractères d'un fibrome. Au cours de l'extirpation, on reconnut un kyste hydatique inclus dans l'épaisseur du petit

(1) Langenbeck et Virchow, Myxome lombaire du dos chez l'enfant.

oblique et du transverse. L'épreuve de l'éosinophilie locale pourrait sortir d'embarras dans un cas analogue.

Les angiomes sont une extrême rareté ; on en compte une quinzaine. La symptomatologie est très obscure. Ils se trouvent souvent (comme dans le cas cité par Le Dentu) près des rameaux nerveux qu'ils compriment, ce qui détermine de vives douleurs et peut les faire prendre pour un névrome.

Les épithéliomes des muscles sont secondaires par envahissement de poche en poche. On l'observe fréquemment au voisinage du cancer du sein. L'erreur n'est guère possible ici à cause de la sclérose ligneuse qui accompagne l'infiltration épithéliale et qui la fait reconnaître à l'œil nu.

Les kystes osseux voisins des muscles se distinguent par leur immobilité dans les états successifs de contraction et d'inertie des muscles ; leur adhérence évidente aux parties profondes suffirait à les diagnostiquer.

Les lipomes sont plus fréquents que les tumeurs produites et par leur symptomatologie se rapprochent par plus d'un point des kystes hydatiques musculaires. En effet, ils ont une marche lente, indolente, une absence de retentissement de l'économie, un état normal de la peau, une apparition dans l'âge moyen de la vie.

Cette communauté de symptômes a quelquefois un degré de plus, car on peut, dans certains cas, percevoir de la fluctuation (se souvenir de l'observation de Demarquay).

OBSERVATION III

(Gazette des Hôpitaux, 1870, p. 162.

Kyste hydatique pris pour un fibrome.

M. M..., âgé de 28 ans, palefrenier, entre à la Maison municipale de santé, pour une tumeur siégeant à la face externe du bras droit, au niveau de la partie moyenne du deltoïde. Cet homme raconte que le début de cette tumeur remonte à un an environ, qu'il n'y a jamais éprouvé de douleur et qu'elle a grossi surtout dans le premier mois.

A l'entrée, cette tumeur présente le volume d'une petite orange. Elle est indolore, ne détermine qu'une légère gêne dans les mouvements. La peau n'offre aucune coloration anormale à son niveau. Le palper y fait percevoir une fluctuation obscure. On conclut à l'existence d'un lipome et à l'ablation de cette tumeur.

Le 23 novembre, Demarquay porte sur elle le bistouri et tombe dans une poche qui donne issue à un liquide jaunâtre puriforme. En même temps que celle du liquide, on constate l'issue d'une hydatide incolore, du volume d'une noisette. Le doigt porté au fond de la tumeur constate dans l'épaisseur du deltoïde une excavation qui servait de loge à l'hydatide.

Cependant, les lipomes peuvent se reconnaître à leur forme plus ou moins lobée, à leur volume quelquefois considérable. Pérotte parle d'un lipome de 2.590 grammes. Ils sont bien circonscrits, de consistance molle et différente. La tumeur épouse plus ou moins la forme générale du muscle, la contraction la fixe, atténue ses bosselures,

Mais pour un lipome intra-musculaire, la difficulté s'accroît à cause du revêtement musculaire. Cependant le kyste hydatique est, en général, plus dur, mais il faut se souvenir du cas de Forget qui, présentant à la Société de chirurgie un kyste hydatique musculaire qu'il avait extirpé, ne reconnut qu'à l'incision qu'il avait affaire à un lipome. Les moyens de diagnostic que nous avons indiqués nous seront donc d'un précieux secours.

Les sarcomes. — Le sarcome musculaire peut être primitif (1) ou secondaire. Le tissu musculaire adhère de bonne heure aux sarcomes et se laisse envahir par eux. Cependant, il y a de grandes variétés : les sarcomes du tissu conjonctif, par exemple, respectent longtemps les plans musculaires sous-jacents et peuvent donner le change pour un kyste hydatique. Le sarcome appartient à l'âge adulte. Ce sont les gros muscles qui sont atteints. Ils ont une prédilection marquée pour le droit antérieur de la cuisse, les muscles de l'avant-bras et ceux du mollet. Le début est tout à fait insidieux et indolent ; ils ont les caractères déjà notés dans les kystes de nature parasitaire. Mais dans la suite on voit souvent se dessiner des bosselures. La peau reste mobile, des veinosités y apparaissent. La consistance présente tous les degrés depuis la fluctuation molle jusqu'à la dureté fibromateuse. Bientôt font suite des ulcérations et des hémorragies : certes, il n'y a plus de doute, mais au début le diagnostic différentiel est plus délicat.

(1) Pâsteau ; Sarcome musculaire primitif de la cuisse (Soc. Anat., 1895); p. 672. — Guilton ; Sarcome primitif des muscles (Thèse de Paris, 1895), n° 155.

OBSERVATION IV

Kyste hydatique du muscle demi-membraneux pris pour un sarcome.
(Résumée)

Genot (Agathe), 42 ans. Dit qu'à 6 ans elle s'aperçut par hasard d'une petite tumeur grosse comme une noisette, dans l'épaisseur des muscles de la cuisse droite. Pendant quatre ans, cette tumeur resta stationnaire et comme elle n'était pas douloureuse, la malade n'y attachâ pas d'importance. Au bout de ce temps, elle parut augmenter de volume petit à petit, mais lentement ; *puis, des douleurs apparurent*. La tumeur augmentait toujours et avait atteint le volume du poing d'un adulte.

Examen de la malade. — L'état général n'est nullement affaibli par son infirmité. Elle a une bonne constitution. Aucun phénomène pathologique du côté du cœur, ni des poumons, ni du système nerveux. Pas d'antécédents, ni scrofuleux, ni syphilitiques. La malade attire l'attention du côté du trajet du nerf sciatique, *où des douleurs s'irradient jusque derrière la malléole interne.*

A la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite, immédiatement au-dessus du pli fessier et dans une étendue de 6 centimètres environ, existe une tumeur assez volumineuse. La peau glisse sur la tumeur, ne paraît pas adhérer au squelette.

S'appuyant sur les caractères et sur la marche de la tumeur, le docteur Tillaux diagnostique un sarcome des muscles postérieurs de la cuisse, probablement du demi-membraneux et conseille l'ablation.

Le 20 juin, le chirurgien opère la tumeur et arrive sur

la poche. Il l'ouvre, il s'en échappe un liquide clair contenant des hydatides qu'on examine au microscope.

La malade guérit.

Le pronostic fut changé. Il est donc utile d'avoir un diagnostic exact pour éviter au malade et à son entourage beaucoup d'inquiétudes inutiles.

Les abcès froids. — Reste l'erreur la plus commune : celle qui consiste à prendre un abcès froid pour un kyste hydatique musculaire. Même de nos jours, l'hésitation est fréquente.

L'abcès froid peut être idiopathique ou symptomatique. Dans le premier cas, il débute par une tumeur solide qui se ramollit par la suite. Arrivé à cette dernière période, il présente toujours un bourrelet d'induration circonferentielle qui est, d'après les auteurs, pathognomonique et qui, lorsqu'il existe, ne saurait laisser le moindre doute sur la nature de la lésion. Quand, exceptionnellement, ce bourrelet vient à manquer, on ne peut que recourir à la ponction.

S'il est symptomatique, on recherche la localisation osseuse ; s'il s'agit d'une périostite, on sent un gonflement périphérique tout autour de l'abcès et au pourtour de l'os quand il est superficiel. Les abcès froids musculaires étant excessivement rares, si l'on fait contracter les muscles, lorsqu'en présence d'une tumeur on soupçonne un abcès, la tumeur n'augmente pas. En outre, dans les deux états d'inertie et de contraction des muscles, on doit rechercher si elle est mobile ou non avec eux.

Des dégâts dans l'économie se manifestent surtout dans les cas d'abcès par congestion, auxquels doivent s'appliquer les considérations précédentes. De plus, ces derniers ajouteront à leur actif les circonstances suivantes : dou-

leurs fixes ressenties antérieurement à l'abcès pendant des semaines, des mois, une ou deux années même, dans un point du système osseux éloigné du siège qu'il occupe et cependant en relation de continuité possible avec lui : réductibilité partielle de l'abcès vers sa source à l'aide de la compression ; absence d'engorgement local, situation du foyer aux environs du bassin, à la partie supérieure de la cuisse, le long des gouttières vertébrales.

De pareilles lésions ne tardent pas à affaiblir l'état général. Il faut tenir compte des antécédents scrofuleux du sujet.

OBSERVATION V

M. Abadie, 1902, *Montpellier Médical*.

Mme R..., 37 ans, présente à son entrée dans le service de M. le professeur Forgue, une tumeur située dans la région dorsale au-dessous de la pointe de l'omoplate droit, large de 5 travers de doigt et allant du côté interne jusqu'à la ligne épineuse. Tumeur molle et fluctuante, sans adhérences à la peau, absolument immobilisée par la contraction des muscles des gouttières. Développement progressif et indolore.

Voilà donc une tumeur liquide intra-musculaire à évolution lente : « *S'agit-il d'un abcès froid, primitivement musculaire ou d'un abcès par congestion ?* » La première lésion serait assez exceptionnelle, l'ostéite de l'arc postérieur des vertèbres est tout aussi improbable, car il n'existe, ni antécédents pathologiques spéciaux, ni de points douloureux, ni de gêne des mouvements, ni de lésions pulmonaires. Reste l'hypothèse de kyste hydatique.

Une ponction exploratrice à l'aiguille confirme le diagnostic. Injection de 25 cc. de liqueur de Van Swieten, suivant la méthode de Bacelli ; quelques jours après, la tumeur semble avoir un peu diminué ; la malade sort.

Un phénomène digne d'être noté a suivi la ponction exploratrice : après la piqûre et peut-être à cause des palpations répétées exercées par des stagiaires du service, une syncope se produisit avec un urticaire abondant ; des injections de spartéine firent cesser tout phénomène inquiétant.

OBSERVATION VI

Kyste hydatique du muscle psoas iliaque, Cailleux, 1868.

(Résumée)

Mlle Louise, 25 ans, cuisinière à Paris, présente une tumeur au ventre s'étendant dans la partie interne de la cuisse gauche. Bon état de santé. La tumeur est abdominale, dure, légèrement fluctuante, a envahi l'hypochondre gauche et une partie de l'hypochondre droit, elle remonte dans la région épigastrique, et descend jusque dans la partie interne de la cuisse après avoir subi une sorte d'étranglement par l'arcade de Fallope. Comme on sentait dans la tumeur de la cuisse une fluctuation, bien persuadé aussi que l'on avait affaire à un *abcès par congestion*, la ponction fut faite mais *ne donna rien*. Mais l'aiguille fut obstruée par des déchets d'hydatides, ce qui modifia le traitement. Une incision plus large fut faite et l'on fit sortir un grand nombre d'hydatides. Injection iodée. Guérison.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Kyste hydatique sous le vaste externe. — Abeille, 1872.

Mlle X..., 15 ans, éprouve des douleurs sourdes, ennuyeuses, gênantes ; on constate une difformité dans la région fessière droite, allant jusqu'à la partie supérieure de la face fémorale externe. Marche pénible et parfois fièvre et sueurs nocturnes. On constate une fluctuation profonde, bien perçue au tiers supérieur de la région crurale externe et on crut pouvoir diagnostiquer un abcès par congestion, malgré l'absence absolue de toute lésion appréciable du squelette. Pas non plus de coxalgie. Le diagnostic fut confirmé par Velpeau. Le 8 octobre, ponction avec trocart, rien ne sort. On introduit un stylet ; il sort une quantité de vésicules hyalines. On fait une injection iodée. Quelque temps après, une collection profonde se reproduit. Pas de gêne dans la marche, pas de douleur, santé florissante, injections nouvelles répétées. La suppuration cesse. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Résumée.)

Kyste hydatique de la région dorsale. — Poulet, 1886.

Mme X..., âgée de 36 ans ; bonne constitution quoique un peu lymphatique et débilitée. Douleur sourde dans la partie droite du dos entre la colonne vertébrale et le bord spinal de l'omoplate. Une ponction aspiratrice fut faite et

l'examen de la tumeur conduisit à penser qu'il s'agissait d'une collection liquide fluctuante, résistante, froide, pé-rithoracique, indépendante de l'omoplate, située profondément sur les côtes et peut-être liée à un foyer d'ostéite des vertèbres cervicales ou des premiers arcs costaux. On pensa à un abcès froid, caséeux, simple ou ossifluent, qui dut être vidé, curetté, drainé.

A l'opération, on trouve une poche pleine d'hydatides. La poche fut vidée. L'opération fut bien supportée ; il n'y eut pas de récurrence. Guérison.

OBSERVATION IX

(Résumée.)

Kyste hydatique suppuré de la région lombaire. — Pozzi, chirurgien des hôpitaux.

Mme Vve D. J..., 41 ans, domestique, présente une tumeur dans la région lombaire droite. Tumeur du volume d'un petit œuf. La palpation donne la sensation d'une poche complètement remplie par du liquide. La fluctuation est nette, pas de frémissement hydatique. Les caractères physiques de la tumeur avaient fait penser qu'il s'agissait d'un abcès froid, mais le résultat inattendu donné par la ponction exploratrice qui fut mélangée de nombreuses hydatides, vint fixer la nature intime de la collection, dont le mode opératoire et thérapeutique fut du même coup instantanément modifié.

OBSERVATION X

Kyste hydatique du trapèze. — Vincent et Lièvre, 1904.

Vincent et Lièvre signalent deux kystes hydatiques du muscle trapèze, enlevés à une femme de 61 ans, qui fut pendant quatre ans en rapport journalier avec des chiens.

Le diagnostic fut fait par la ponction, qui ramena du liquide eau de roche dans lequel le microscope décela la présence de crochets d'échinocoque. Les kystes, de la grosseur d'un œuf de poule, disposés verticalement entre la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale et le bord spinal gauche, étaient inclus dans la gaine du trapèze et reposaient sur le rhomboïde. Ils furent énucléés sans grande difficulté.

OBSERVATION XI

Kyste hydatique de la fesse. — Potherat, 1905.

La pièce que je vous présente n'offre en elle-même rien de particulièrement intéressant. Jusqu'à ce liquide clair, eau de roche, à cette membrane hyaline, à ces vésicules translucides, vous reconnaissez les parties consécutives d'un kyste hydatique avec vésicules filles. La particularité, c'est que ce kyste hydatique siégeait dans la partie supérieure de la fesse gauche, au sein des fibres musculaires du moyen fessier, au contact immédiat avec le périoste de la fosse iliaque externe. Les kystes hydatiques intra-musculaires sont connus, mais assez rares pour qu'ils méritent d'être signalés. La tumeur parasitaire

avait ici les caractères habituels : lisse, tendue, régulière, rénitente, non fluctuante, simulant sauf par sa consistance plus jeune *un lipome*. Elle était assez volumineuse, car son contenu était de 400 cc. environ.

J'ouvris largement la tumeur que j'avais d'abord évacuée par ponction aspiratrice. Je trouvai la membrane hydatique rétractée dans la partie adventice. Je la pris avec une pince et l'enlevai facilement sans déchirure et en totalité. Je vois alors une poche adventice, blanche, resplendissante et nacrée que j'enlevais aussi pour hâter et faciliter la réunion immédiate. Je m'aperçus alors, en élevant cette membrane adventice, que des vésicules libres circulaient dans cette poche. Ces vésicules, bien certainement, s'étaient échappées de la poche au cours de la ponction. L'orifice de celle-ci était beaucoup plus large que ne l'eût fait supposer le calibre d'un trocart. Cette large ouverture, par éclatement partant de la ponction est la règle dans les kystes.

Si je signale cette fuite de quelques vésicules filles, hors de la membrane hydatique, et se dissimulant dans la membrane adventice, c'est, qu'à mon avis, elle rend compte très simplement de ces faits. Quelques mois après la guérison d'un kyste hydatique, on voit apparaître, au niveau du foyer de l'incision, une ou deux petites hydatides. Ce ne sont pas là des greffes; ce sont simplement des vésicules erratiques.

CONCLUSIONS

I. Le diagnostic des kystes musculaires est souvent plein de difficultés.

II. L'hésitation la plus fréquente est celle qui est faite avec les abcès froids.

III. La ponction exploratrice ne doit pas être considérée comme un moyen infaillible.

IV. Un bon examen clinique est souvent préférable.

V. Dans les cas délicats, l'épreuve de l'éosinophilie locale viendrait certainement en aide.

VI. Si l'on avait du liquide hydatique, on pourrait essayer l'épreuve du séro-diagnostic, suivant la méthode de M. Fleig.

BIBLIOGRAPHIE

Observations utilisées

- Personnelle.* — Kyste hydatique de la fesse, 27 juin 1908.
- VERNET. — Montpellier médical, 1901.
- DEMARQUAY. — Gazette des hôpitaux, 1890, p. 162. Kyste hydatique musculaire pris pour un lipome.
- BRASSART. — Thèse de Paris, 1877. Kyste hydatique du muscle demi-membraneux pris pour un sarcome.
- ABADIE. — Montpellier médical, 1902.
- CAILLEUX. — Gazette des hôpitaux, 1868, p. 366. Kyste hydatique du muscle psoas iliaque.
- ABEILLE. — Gazette médicale, Paris, 1872, t. XXVII, p. 120. Kyste hydatique sous le vaste externe crural.
- POULET. — Poulet, in thèse Audiat, Paris, 1886, p. 68. Kyste hydatique de la région dorsale.
- FOZZI. — Thèse de Marguet. Kyste hydatique suppuré de la région lombaire droite.
- VINCENT et LIÈVRE. — Bulletin de la Société Anatomique de Paris, juin 1903, p. 533. Kyste hydatique du trapèze.
- POTHERAT. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 1905, p. 1.087. Kyste hydatique de la fesse.

Communications

- DEVÉ. — Société de biologie, 1905, 57, 2, p. 47. L'éosinophilie locale des kystes hydatiques.
- CHAUFFARD et L. BOLDIN. — Gazette des hôpitaux, 1905. Société médicale des hôpitaux, séance du 13 décembre 1907. L'éosinophilie hydatique. Sa genèse, son évolution, ses rapports avec la toxicité hydatique.
- FLEIG et LISBONNE. — Société de biologie, 1907, p. 1.198. Recherche sur un séro-diagnostic du kyste hydatique par la méthode des précipitines.

Thèses

- ORILLARD. — Kyste hydatique des muscles, thèse de Paris, 1869.
- AUDIAT. — Des kystes hydatiques des muscles. Thèse de Paris, 1886-87.
- BELLENCONTRE. — Kystes hydatiques comprimant la moelle épinière. Thèse de Paris, 1876, numéro 133.
- BRASSART. — Sur le diagnostic des kystes hydatiques externes. Thèse de Paris, 1877, numéro 463.
- VOLF TAVEL. — Inaugural dissertation, 1880.
- MARGUET. — Kystes hydatiques des muscles volontaires. Histoire naturelle et clinique. Thèse de Paris, 1887-88.
- VILLARD. — Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. Paris (thèse médicale), 1890-91.

- COUPRY. — Kystes hydatiques de la région cervicale. Lyon thèse médicale, 1891-92.
- HARDER. — Hydated diocese of muscles of arm. Londres, 1897, t. XXXII, p. 187.
- GROS. — Etude des kystes hydatiques musculaires. Thèse de Paris, 1898-99, numéro 143.
- COLOMB. — Kyste hydatique de la nuque. Thèse de Montpellier, 1903-1904.
- CARMOT. — Revue générale des kystes hydatiques des muscles. Thèse de Montpellier, 1903-04.
- LIMASSET. — Essai sur l'éosinophilie dans le parasitisme vermineux chez l'homme. Thèse de Paris, 1901, numéro 62.

Ouvrages consultés

- LANNELONGUE. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1888, t. XIV, 117-119. Kyste hydatique des muscles de la cuisse.
- RIPAULT. — France médicale. Paris, 1895, t. XLIII, p. 67. Kyste hydatique sous-tendineux du droit interne.
- REBOUL. — Association française de chirurgie. Paris 1895, VIII. Sur quelques cas de kystes hydatiques des muscles. Gazette des hôpitaux de Milan, 1876, XVII, 453-455.
- VALLEGGIO. — Listi da echinococco nei muscoli.
- AMATO. — Archives internationales de médecine et de chirurgie. Naples, 1896, XII, 212-215. De due casi di cisti da echinococco nei muscoli.
- BARETTA. — Gazette des hôpitaux de Milan, 1898, XIX, 33-35. Sopra un caso di echinococco muscolare.

ROCHE. — Marseille médical, 1898, XXVI, 705-709. Kystes hydatiques musculaires.

COSTA. — Semaine médicale de Buenos-Aires. Tratamiento de los quistes hidáticos musculares.

LE DENTU et P. DELBET. — Traité de chirurgie, t. I.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. I.

CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. — Traité de chirurgie, t. III.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 12 Novembre 1908.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuve
Montpellier, le 12 Novembre 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
